



Epidemiologisches Bulletin

14. März 2011 / Nr. 10

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Schätzung der Influenza-bedingten Todesfälle während der Saison 2008/09 und der pandemischen Saison 2009/10

Die Zahl der Influenza-assoziierten Todesfälle ist eine wichtige Größe bei der Beurteilung der Krankheitslast durch das Virus. Im Gegensatz zu anderen Erkrankungen kann man sich bei Influenza nicht auf die Angaben auf dem Totenschein verlassen. Es ist die Erfahrung vieler Länder, dass sich Todesfälle, die der Influenza zuzuschreiben sind, in anderen Todesursachen, wie z. B. Diabetes mellitus, Pneumonie oder „Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems“ verbergen können. Daher ist es üblich, die der Influenza zugeschriebene Sterblichkeit mittels statistischer Verfahren zu schätzen, indem Gesamttodesfallzahlen oder Statistiken zu Pneumonie-bedingten Todesfällen herangezogen werden. Dabei wird typischerweise zuerst eine **Hintergrundmortalität** – ohne Influenza – modelliert. Während hinreichend starker Influenzasaisons kann ein Mortalitätsanstieg beobachtet werden, der mehr oder weniger deutlich über die Hintergrundmortalität hinaus geht und der Influenza zugeschrieben wird. Diese kann mittels statistischer Verfahren geschätzt werden und wird als **Exzessmortalität** bezeichnet.

Die für Deutschland in den letzten Jahren verwendete Methode wurde durch das Robert Koch-Institut (RKI) 2007 international¹ und im *Epidemiologischen Bulletin*² veröffentlicht. Sie basiert auf monatlichen Daten zur Gesamtmortalität und verwendet die Beobachtung, dass der zeitliche Verlauf der Gesamtsterblichkeit relativ stabil ist, mit einer positiven Winteramplitude und einer erniedrigten Sterblichkeit in den Sommermonaten (s. Abb. 1, S. 77). Somit hat jeder Monat einen relativ konstanten Anteil an der Jahressterblichkeit. Für die Schätzung der erwarteten monatlichen Sterblichkeit werden aus dem Datenpool nur diejenigen Monate berücksichtigt, in denen keine Influenza zirkulierte. Aus den über mehrere Jahre berechneten Durchschnittsanteilen jedes Monats kann dann aus der Jahres-Gesamtmortalität und der monatlichen durchschnittlichen Verteilung für jeden Monat eine erwartete monatliche Mortalität geschätzt werden. Aus der Differenz zwischen der dann tatsächlich beobachteten und der erwarteten Mortalität während einer Influenzasaison lässt sich die Influenza-assoziierte Exzessmortalität schätzen (unkorrigierter Punktschätzer). Zieht man einen Unsicherheitsbereich ab, der einer Standardabweichung der Residuen zwischen Modell und Beobachtungswerten der influenzafreien Monate entspricht, erhält man die **konservative Schätzung**. Ein Nachteil der Daten zur Gesamtmortalität bestand bisher darin, dass diese nicht zeitnah zur Verfügung standen und die Monate eines gesamten Jahres erst im August oder September des Folgejahres bereitgestellt werden. In der Vergangenheit wurden von Saison zu Saison sehr unterschiedlich große Zahlen an Influenza-assoziierten Verstorbenen geschätzt. Dabei gab es mehrere Jahre, in denen selbst der unkorrigierte Punktschätzer unter 1.000 lag, wohingegen z. B. in der besonders schweren Saison 1995/96 wahrscheinlich sogar bis zu 31.000 Personen im Zusammenhang mit Influenza verstarben.

Die pandemische Welle begann schon im Oktober 2009. Aufgrund der nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) übermittelten Daten wurde ein hoher Anteil vor allem junger Menschen (Personen unter 60 Jahren) an den laborbestätigten

Diese Woche

10/2011

Influenza

Schätzung der durch Influenza bedingten Todesfälle während der Saisons 2008/09 und 2009/10

Public Health

Ergebnisse der TOKEN-Studie publiziert

Veranstaltungshinweis

Fortbildungsveranstaltung für den ÖGD 2011

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten

Aktuelle Statistik

7. Woche 2011

(Datenstand: 9. März 2011)

ARE/Influenza

Zur Situation in der 9. Woche 2011



Saison	Exzesstote *	Exzessmortalität pro 100.000 Einw. *	Exzesstote, konservativ *,**	Exzessmortalität pro 100.000 Einw., konservativ *,**	Differenz	Anteil der Isolate im NRZ in % ***		
						A(H1)	A(H3)	B
1984/85	22.237	28,6	17.802	22,9	4.435	1	97	2
1985/86	23.594	30,4	20.683	36,6	2.911	0	1	99
1986/87	3.585	4,6	699	0,8	2.886	97	0	3
1987/88	6.742	8,6	3.716	4,8	3.026	0	100	0
1988/89	1.811	2,9	0	0,0	1.811	76	19	4
1989/90	20.974	26,4	16.431	20,7	4.543	0	82	18
1990/91	4.638	5,8	3.220	4,0	1.418	15	0	85
1991/92	9.058	11,3	4.429	5,5	4.629	31	69	0
1992/93	12.721	15,7	9.582	11,8	3.139	0	16	84
1993/94	6.521	8	3.373	4,1	3.148	0	100	0
1994/95	10.609	13	7.452	9,1	3.157	2	19	79
1995/96	31.042	37,9	26.327	32,2	4.715	42	55	3
1996/97	12.206	14,9	9.135	11,1	3.071	6	39	55
1997/98	7.388	9	4.318	5,3	3.070	7	92	1
1998/99	18.636	22,7	15.566	19,0	3.070	0	67	33
1999/00	16.382	19,9	13.263	16,1	3.119	1	99	0
2000/01	81	0,1	0	0,0	81	95	0	5
2001/02	708	0,8	0	0,0	708	0	47	53
2002/03	11.888	14,4	8.645	10,5	3.243	0	86	14
2003/04	1.181	1,4	0	0,0	1.181	0	99	1
2004/05	15.513	18,8	12.376	15,0	3.137	26	54	20
2005/06	1.055	1,3	0	0,0	1.055	10	20	70
2006/07	3.893	4,7	653	0,8	3.240	14	85	1
2007/08	4.481	5,5	1.250	1,5	3.231	53	1	46
2008/09	23.865	29,2	18.959	23,2	4.906	3	65	32
2009/10	0	0	0	0,0	0	100 (p)	0	0

Tab. 1: Schätzung der Influenza-assoziierten Übersterblichkeit in Deutschland für die Saisons 1984/95 bis 2009/10

* 1984–1990 Ost und West zusammen; ** Abzug der einfachen Standardabweichung von der Differenz aus beobachteter und erwarteter Mortalität; *** Hervorhebung, wenn Isolatanteil > 50%; p = pandemisch

Bei einer rechnerisch negativen Exzessmortalität wurde diese auf Null gesetzt.

sehr schweren bzw. tödlichen Erkrankungen beobachtet, der in diesen Altersgruppen während der saisonalen Influenzawellen unüblich ist. Bis zum 31. März 2010 wurden insgesamt 252 Todesfälle im Zusammenhang mit dem pandemischen A(H1N1)2009-Virus übermittelt.³ Das europäische Surveillanceprojekt EuroMOMO (www.euromomo.eu), zu dem auch das Land Hessen Daten beiträgt, hatte in einer Gesamtanalyse der teilnehmenden Länder eine geringe Exzessmortalität nur in der Altersgruppe der 5- bis 14-jährigen Kinder identifizieren können.⁴ Im Gegensatz dazu wurde in den USA geschätzt, dass zwischen 7.500 und 44.100 Tote der pandemischen Influenza (H1N1) 2009 zum Opfer fielen.⁵ Das Durchschnittsalter war 37 Jahre.

Aufgrund der inzwischen vorliegenden Daten zur Gesamtmortalität⁶ wurden jetzt die Exzessmortalitäten während der Influenzasaison 2008/09 und der pandemischen Saison 2009/10 berechnet. Für die Influenzasaison 2008/09 wurde geschätzt, dass 23.865 Personen im Zusammenhang mit Influenza verstarben (konservativ: 18.959, s. Tab. 1). Dies entspricht einer (Exzess-)Mortalität von 29,2 bzw. 23,2 pro 100.000 Bevölkerung und erreichte damit seit 1995/96 den

höchsten Wert. Diese letzte Influenzasaison vor der Pandemie (2008/09) war auch aufgrund der hohen geschätzten Zahl an Arztkonsultationen wie auch Krankenhauseinweisungen als starke Saison eingestuft worden.

Für die pandemische Saison konnte keine Exzessmortalität gefunden werden. Dies widerspricht nicht der Tatsache, dass nach IfSG 252 Todesfälle mit einem Nachweis von A(H1N1) 2009 übermittelt wurden, da die verwendete statistische Methode auf Bevölkerungsniveau sehr kleine Exzessmortalitäten u. U. nicht erkennen kann. Andererseits steht dieser Befund völlig im Einklang mit den von EuroMomo publizierten Daten. Die während dieser Zeit fehlenden Sterbedaten wären für eine zeitnahe Beurteilung hilfreich gewesen, ob und wenn ja, wie viele Todesfälle über das Hintergrundgeschehen hinaus abgeschätzt werden können. Für zukünftige (retrospektive) Berechnungen sollen wöchentliche, altersstratifizierte Daten berücksichtigt werden, die bisher nicht verfügbar waren. Damit werden genauere Aussagen über die Übersterblichkeit während der Influenzasaisons der vergangenen Jahre möglich sein.

Sterbefälle (pro 100.000 Einwohner u. Jahr)

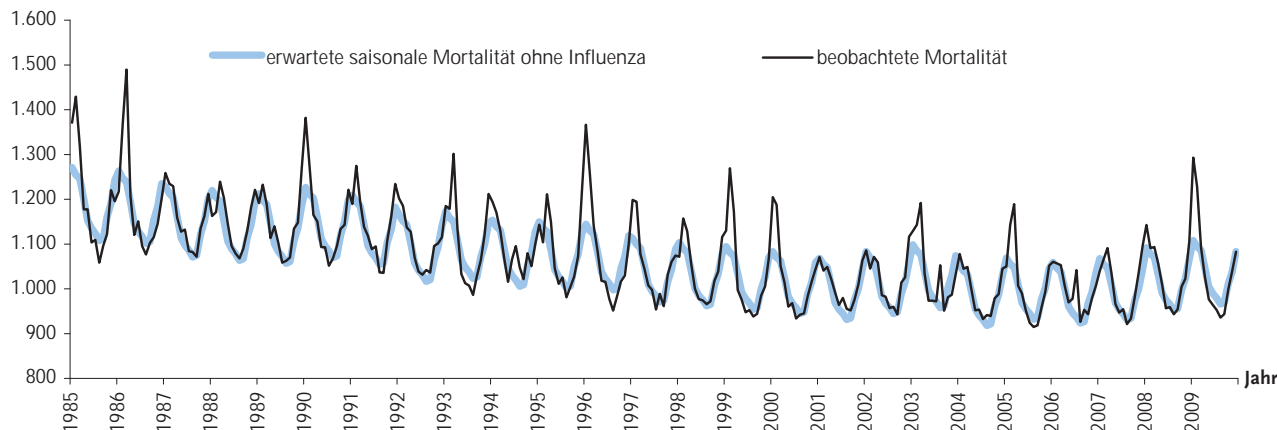


Abb. 1: Vergleich der beobachteten (schwarze, dünne Linie) und (ohne Influenza) erwarteten Mortalität (blau) in Deutschland von 1985 bis 2009. Erkennbar sind die sommerlichen „Wellentäler“ und die höhere Sterblichkeit im Winter sowie die während starker Influenzasaisons z. T. deutlich über die erwartete Kurve hinausgehende Sterblichkeit.

Literatur

- Zucs P, Buchholz U, Haas W, Uphoff H: Influenza-associated excess mortality in Germany, 1985–2001. *Emerg Themes Epidemiol* 2005; 2: 6
- RKI: Influenza-assoziierte Mortalität in Deutschland 1985–2006; *Epid Bull* 2007; 35: 325–327
- Wilking H, Buda S, von der Lippe E, Altmann D, Krause G, Eckmanns T, Haas W: Mortality of 2009 pandemic influenza A(H1N1) in Germany. *Euro Surveill* 2010; 15(49). pii: 19741
- Mazick A, Gergonne B, Wuillaume F, Danis K, Vantarakis A, Uphoff H, Spiteri G, van't Klooster T, Junker C, Holmberg M, Mølbak K: Higher all-cause mortality in children during autumn 2009 compared with the three previous years: pooled results from eight European countries. *Euro Surveill* 2010; 15(5): pii=19480. Available online: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19480>
- Viboud C, Miller M, Olson D, Osterholm M, Simonsen L: Preliminary Estimates of Mortality and Years of Life Lost Associated with the 2009 A/H1N1 Pandemic in the US and Comparison with Past Influenza Season. *PLoS Curr.* 2010 March 20; 2: RRN1153
- Statistisches Bundesamt: Arbeitsunterlagen Statistisches Bundesamt, N30. Wiesbaden 2007

Für diesen Beitrag danken wir Dr. Udo Buchholz, Fachgebiet „Respiratorisch übertragbare Erkrankungen“ (FG 36) des RKI, der auch als **Ansprechpartner** zur Verfügung steht (E-Mail: BuchholzU@rki.de).

TOKEN-Studie abgeschlossen – Sterberisiko nach Sechsfachimpfung nicht erhöht

Das Risiko, innerhalb von einer Woche nach Sechsfachimpfung plötzlich und unerklärt zu versterben, ist nicht erhöht. Das ist das Hauptergebnis der TOKEN-Studie, dessen Endbericht kürzlich veröffentlicht wurde und der seit dem 8. März 2011 auf der Homepage des RKI abrufbar ist.

In der vom RKI durchgeführten TOKEN-Studie wurden zwischen Juli 2005 und Juli 2008 insgesamt 254 ungeklärte, plötzliche und unerwartete Todesfälle (*unexplained sudden unexpected deaths*, uSUD) aus ganz Deutschland insbesondere auf mögliche Zusammenhänge mit vorangegangenen Sechsfachimpfungen untersucht. Es wurden Fragebogenangaben von Eltern und behandelnden Ärzten, Impfunterlagen und Oduktionsergebnisse zusammengeführt und wissenschaftlich ausgewertet. Die statistische Untersuchung eines zeitlichen Zusammenhangs zwischen Impfungen und uSUD erfolgte mit der so genannten *Self-Controlled-Case-Series-Methode* (SCCS). Abgesichert wurden die Ergebnisse durch eine zusätzliche Auswertung im „Fall-Kontroll-Design“. In einem gesonderten rechtsmedizinischen Studienteil wurde bei standardisiert obduzierten Fällen nach Hinweisen auf einen gemeinsamen Pathomechanismus für plötzliche Todesfälle nach Impfungen gesucht.

Bei der Durchführung wurde das RKI deutschlandweit von Gesundheitsämtern, rechtsmedizinischen Instituten und Kinderärzten unterstützt. Ohne diese tatkräftige Unterstützung insbesondere aus den über 400 teilnehmenden

den Gesundheitsämtern hätte die vom Robert Koch-Institut durchgeführte Studie nicht realisiert werden können. Das RKI bedankt sich auf diesem Wege nochmals sehr für die gute Zusammenarbeit.

Die Ergebnisse der Studie stehen in einem ausführlichen englischsprachigen Studienbericht sowie in einer deutschsprachigen Zusammenfassung auf der Website www.rki.de/token zur Verfügung. Zusätzlich werden dort Antworten auf häufig gestellte Fragen gegeben.

Fortbildungsveranstaltung für den ÖGD 2011

Termin: 23. bis 25. März 2011; **Ort:** Hörsaal des Bundesinstituts für Risikobewertung, Diedersdorfer Weg 1, 12277 Berlin (Marienfelde)

Anmeldung:

Bundesinstitut für Risikobewertung
Thielallee 88–92, 14195 Berlin; Fax: 030 18412-1243
E-Mail: veranstaltungen@bfr.bund.de, Kennwort: ÖGD 2011
Internet: www.bfr.bund.de/cd/52388

Veranstalter: Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR), Robert Koch-Institut (RKI), Umweltbundesamt (UBA)

Hinweise: Die Teilnahme ist kostenlos. Die Veranstaltung ist nicht öffentlich. Sie richtet sich an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheitsämter, der Medizinal-, veterinärmedizinischen und chemischen Untersuchungsämter, an die Hygienebeauftragten der Krankenhäuser sowie an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer staatlicher Einrichtungen. Die Anerkennung als Fortbildung für Ärztinnen und Ärzte und die ATF-Anerkennung für Tierärztinnen und Tierärzte wurden erteilt. Die Veranstaltung ist durch die Apothekerkammer zertifiziert und wird von der Zertifizierungsstelle für die Fortbildung von Lebensmittelchemikern anerkannt.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

7. Woche 2011 (Datenstand: 9.3.2011)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmeopathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	7.	1.-7.	1.-7.	7.	1.-7.	1.-7.	7.	1.-7.	1.-7.	7.	1.-7.	1.-7.	7.	1.-7.	1.-7.
Baden-Württemberg	66	543	615	0	6	10	5	21	22	27	183	228	0	14	9
Bayern	87	572	595	1	20	9	11	63	74	32	218	357	0	6	11
Berlin	42	301	288	1	4	2	7	48	11	14	75	78	1	10	7
Brandenburg	24	193	171	1	3	2	3	31	34	12	72	96	0	1	2
Bremen	4	47	36	0	1	0	0	0	5	2	17	17	0	4	0
Hamburg	20	205	165	0	2	1	0	2	5	6	42	50	1	6	8
Hessen	63	407	379	0	1	3	3	18	9	16	101	132	1	9	2
Mecklenburg-Vorpommern	23	184	141	0	0	0	4	33	31	17	133	80	0	0	0
Niedersachsen	70	518	502	2	17	16	5	37	65	28	173	256	0	2	2
Nordrhein-Westfalen	202	1.515	1.744	4	26	24	11	94	147	54	392	570	1	8	7
Rheinland-Pfalz	37	326	360	1	12	14	7	18	33	15	104	148	0	2	3
Saarland	11	112	155	0	1	1	3	8	3	7	30	38	0	0	1
Sachsen	77	655	460	1	13	11	8	50	76	22	151	194	0	1	1
Sachsen-Anhalt	18	146	97	0	2	3	11	56	50	8	90	137	2	3	0
Schleswig-Holstein	27	256	246	0	3	3	0	3	6	10	47	82	0	0	1
Thüringen	23	176	158	1	3	1	6	93	97	23	116	171	0	1	0
Deutschland	794	6.156	6.112	12	114	100	84	575	668	293	1.944	2.634	6	67	54

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	7.	1.-7.	1.-7.	7.	1.-7.	1.-7.	7.	1.-7.	1.-7.	7.	1.-7.	1.-7.	7.	1.-7.	1.-7.
Baden-Württemberg	3	22	19	302	1.687	4.687	121	640	552	9	67	61	1	6	3
Bayern	4	51	65	396	2.393	8.154	202	985	972	15	84	86	1	5	3
Berlin	1	6	12	96	848	1.600	53	298	444	9	51	44	0	5	7
Brandenburg	0	6	18	129	843	2.147	77	432	543	1	12	17	0	1	1
Bremen	0	1	5	17	151	294	6	48	50	0	1	4	0	0	0
Hamburg	2	9	9	62	553	1.161	28	180	190	1	7	12	0	1	1
Hessen	6	20	28	117	743	3.334	50	294	360	7	40	38	3	7	2
Mecklenburg-Vorpommern	0	13	9	94	810	1.863	57	295	340	3	28	14	1	1	1
Niedersachsen	10	52	40	213	1.733	4.811	136	658	587	3	24	32	2	6	8
Nordrhein-Westfalen	17	69	79	729	5.177	10.001	264	1.337	867	14	92	96	2	12	13
Rheinland-Pfalz	3	20	32	239	1.288	2.886	50	290	301	3	29	21	1	5	5
Saarland	0	3	7	56	325	629	9	72	57	0	3	2	0	0	0
Sachsen	3	56	67	309	2.462	5.344	301	1.452	665	6	39	52	0	8	7
Sachsen-Anhalt	3	16	20	150	1.067	3.440	106	599	332	0	10	7	0	3	2
Schleswig-Holstein	4	13	10	77	705	1.253	28	230	175	0	8	17	0	0	2
Thüringen	3	35	35	166	1.078	3.215	77	379	295	0	6	10	2	4	3
Deutschland	59	392	455	3.152	21.863	54.819	1.565	8.189	6.730	71	501	513	13	64	58

In der wöchentlich veröffentlichten **aktuellen Statistik** wird auf der Basis des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) aus dem RKI zeitnah zum Auftreten meldepflichtiger Infektionskrankheiten berichtet. Drei Spalten enthalten jeweils **1. Meldungen**, die in der ausgewiesenen Woche im Gesundheitsamt eingegangen sind und bis zum 3. Tag vor Erscheinen dieser Ausgabe als klinisch-labor diagnostisch bestätigt (für Masern, CJK, HUS, Tuberkulose und Polio zusätzlich auch klinisch bestätigt) und als klinisch-epidemiologisch bestätigt dem RKI übermittelt wurden, **2. Kumulativwerte im laufenden Jahr**, **3. Kumulativwerte des entsprechenden Vorjahreszeitraumes**. Die Kumulativwerte ergeben sich aus der Summe übermittelter Fälle aus den ausgewiesenen Meldewochen, jedoch ergänzt um nachträglich erfolgte Übermittlungen, Korrekturen und Löschungen. – Für das **Jahr** werden detailliertere statistische Angaben heraus-

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

7. Woche 2011 (Datenstand: 9.3.2011)

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺⁺			Hepatitis C ⁺⁺		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	7.	1.-7.	1.-7.	7.	1.-7.	1.-7.	7.	1.-7.	1.-7.
Baden-Württemberg	0	6	6	0	5	9	14	103	104
Bayern	1	8	14	2	19	17	18	109	140
Berlin	4	12	5	0	4	3	11	71	75
Brandenburg	2	2	2	0	1	2	0	7	9
Bremen	2	5	4	0	1	0	1	2	2
Hamburg	0	7	0	0	3	7	1	19	13
Hessen	0	6	7	1	10	8	4	36	38
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	2	0	0	2	0	5	6
Niedersachsen	1	8	7	1	8	5	5	43	33
Nordrhein-Westfalen	1	17	24	0	16	31	12	74	118
Rheinland-Pfalz	0	1	9	1	6	12	1	22	36
Saarland	0	0	5	0	5	0	1	10	12
Sachsen	0	0	1	1	8	4	5	36	46
Sachsen-Anhalt	0	3	2	1	2	1	0	15	14
Schleswig-Holstein	0	0	3	0	4	3	1	26	20
Thüringen	0	1	1	0	3	2	3	19	21
Deutschland	11	76	92	7	95	106	77	597	687

Land	Weitere Krankheiten								
	Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	7.	1.-7.	1.-7.	7.	1.-7.	1.-7.	7.	1.-7.	1.-7.
Baden-Württemberg	0	10	7	2	13	3	10	65	68
Bayern	0	11	9	14	54	6	18	69	77
Berlin	1	7	6	1	3	34	10	47	40
Brandenburg	0	2	1	0	0	6	0	10	12
Bremen	0	0	0	0	0	0	3	10	4
Hamburg	0	0	1	0	4	8	2	18	26
Hessen	0	7	3	1	6	1	7	54	39
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	1	0	1	0	3	12	3
Niedersachsen	2	9	6	0	11	3	6	31	38
Nordrhein-Westfalen	5	27	19	0	10	8	13	119	147
Rheinland-Pfalz	1	6	2	0	4	0	2	17	27
Saarland	0	1	1	0	0	0	0	3	5
Sachsen	1	5	2	0	0	0	2	11	28
Sachsen-Anhalt	0	1	1	0	0	0	2	13	20
Schleswig-Holstein	2	5	0	1	4	1	0	5	15
Thüringen	0	6	3	0	0	0	2	9	13
Deutschland	12	97	62	19	110	70	80	493	562

gegeben. Ausführliche Erläuterungen zur Entstehung und Interpretation der Daten finden sich im *Epidemiologischen Bulletin* 18/01 vom 4.5.2001.

+ Beginnend mit der Ausgabe 5/2011 werden ausschließlich laborbestätigte Fälle von Norovirus-Erkrankungen in der Statistik ausgewiesen. Dies gilt auch rückwirkend.

++ Dargestellt werden Fälle, die vom Gesundheitsamt nicht als chronisch (Hepatitis B) bzw. nicht als bereits erfasst (Hepatitis C) eingestuft wurden (s. *Epid. Bull.* 46/05, S. 422). Zusätzlich werden für Hepatitis C auch labordiagnostisch nachgewiesene Fälle bei nicht erfülltem oder unbekanntem klinischen Bild dargestellt (s. *Epid. Bull.* 11/03).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

7. Woche 2011 (Datenstand: 9.3.2011)

Krankheit	2011 7. Woche	2011 1.–7. Woche	2010 1.–7. Woche	2010 1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	1	48	35	489
Brucellose	0	1	3	22
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	2	5	19	122
Dengue-Fieber	3	49	42	595
FSME	1	2	2	260
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	2	3	65
Hantavirus-Erkrankung	1	24	150	2.016
Hepatitis D	0	2	1	10
Hepatitis E	10	44	22	221
Influenza	4.910	28.226	2.572	3.467
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	0	36	31	210
Legionellose	5	62	135	690
Leptospirose	1	4	5	70
Listeriose	3	24	51	390
Ornithose	0	1	1	25
Paratyphus	0	3	1	57
Q-Fieber	8	61	15	360
Trichinellose	0	0	0	3
Tularämie	0	3	4	31
Typhus abdominalis	0	6	7	71

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Neu erfasste Erkrankungen von besonderer Bedeutung

Erreger anderer hämorrhagischer Fieber – Chikungunya-Fieber

Mecklenburg-Vorpommern, 40 Jahre, weibl. (Infektionsland Thailand; 2. Chikungunya-Fall 2011)

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza für die 9. Kalenderwoche (KW) 2011

Deutschland: Die Aktivität der ARE ist bundesweit in der 9. KW im Vergleich zur Vorwoche erneut gesunken. Der Praxisindex lag bundesweit sowie in allen AGI-Großregionen im geringfügig erhöhten Bereich. Dem RKI wurden seit der 40. Meldewoche (MW) 2010 insgesamt 31.226 klinisch-labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle übermittelt, davon waren 4.660 (15 %) hospitalisiert. Insgesamt wurden seit der 40. MW 104 Todesfälle mit Influenza-Infektion übermittelt, die Subtypisierung bei 92 Viren identifizierte ausschließlich A(H1N1) 2009. 77 (94 %) der 82 verstorbenen Fälle, zu denen Informationen zum Impfstatus vorliegen, waren nicht gegen Influenza geimpft (Datenstand 8.3.2011). Informationen unter <http://influenza.rki.de>.

Europa; Ergebnisse der Influenza-Surveillance durch EISN: Für die 8. KW 2011 übermittelten 27 Länder epidemiologische Daten. Insgesamt drei Länder (Island, Luxemburg und Rumänien) berichteten über hohe klinische Aktivität. 18 Länder berichteten über mittlere Aktivität, darunter Deutschland. Über geringe Aktivität berichteten Irland, Malta, Norwegen, Portugal und das UK. Während 19 Länder von sinkenden Werten berichteten, meldeten insgesamt vier Länder (Österreich, Island, Rumänien und Bulgarien) weiterhin ansteigende Werte. Vier Länder meldeten einen gleichbleibenden Trend. Weitere Informationen zur europäischen Situation unter <http://ecdc.europa.eu/en/Activities/Surveillance/EISN/Pages/home.aspx>.

Außereuropäische Influenza-Surveillance durch die WHO: In den USA lagen die Werte für Arztbesuche wegen ILI in der 8. KW immer noch in allen 10 Regionen oberhalb der Basislinie, aber zum ersten Mal mit deutlich sinkender Tendenz. Die Mortalität aufgrund von Pneumonie und Influenza sank leicht und befand sich auf Höhe der epidemischen Schwelle. Weitere Informationen unter <http://www.cdc.gov/flu/weekly/>.

Quelle: Influenza-Wochenbericht für die 9. Kalenderwoche 2011 aus dem RKI in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) und dem NRZ für Influenza am RKI.

An dieser Stelle steht im Rahmen der aktuellen Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten Raum für kurze Angaben zu bestimmten neu erfassten Erkrankungsfällen oder Ausbrüchen von besonderer Bedeutung zur Verfügung („Seuchentelegramm“). Hier wird ggf. über das Auftreten folgender Krankheiten berichtet: Botulismus, vCJK, Cholera, Diphtherie, Fleckfieber, Gelbfieber, konnatale Röteln, Lepra, Milzbrand, Pest, Poliomyelitis, Rückfallfieber, Tollwut, virusbedingte hämorrhagische Fieber. Hier aufgeführte Fälle von vCJK sind im Tabellenteil als Teil der meldepflichtigen Fälle der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit enthalten.

Impressum

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin
Tel.: 030.18754-0
Fax: 030.18754-2328
E-Mail: EpiBull@rki.de

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

Redaktion

► Dr. med. Jamela Seedat (v. i. S. d. P.)
Tel.: 030.18754-2324
E-Mail: Seedatj@rki.de

► Dr. med. Ulrich Marcus (Vertretung)
E-Mail: MarcusU@rki.de

► Redaktionsassistent: Sylvia Fehrmann
Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)
Tel.: 030.18754-2455, Fax: -2459
E-Mail: FehrmannS@rki.de

Vertrieb und Abonnentenservice

E.M.D. GmbH
European Magazine Distribution
Birkenstraße 67, 10559 Berlin
Tel.: 030.33099823, Fax: 030.33099825
E-Mail: EpiBull@emd-germany.de

Das Epidemiologische Bulletin

gewährleistet im Rahmen des infektionsepidemiologischen Netzwerks einen raschen Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Akteuren – den Ärzten in Praxen, Kliniken, Laboratorien, Beratungsstellen und Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie den medizinischen Fachgesellschaften, Nationalen Referenzzentren und den Stätten der Forschung und Lehre – und dient damit der Optimierung der Prävention. Herausgeber und Redaktion erbitten eine aktive Unterstützung durch die Übermittlung allgemeiner interessierender Mitteilungen, Analysen und Fallberichte. Das Einverständnis mit einer redaktionellen Überarbeitung wird vorausgesetzt.

Das *Epidemiologische Bulletin* erscheint in der Regel wöchentlich (50 Ausgaben pro Jahr). Es kann im Jahresabonnement für einen Unkostenbeitrag von € 49,- ab Beginn des Kalenderjahres bezogen werden; bei Bestellung nach Jahresbeginn errechnet sich der Beitrag mit € 4,- je Bezugsmonat. Ohne Kündigung bis Ende November verlängert sich das Abonnement um ein Jahr.

Die **aktuelle** Ausgabe des *Epidemiologischen Bulletins* kann über die **Fax-Abbruffunktion** unter 030.18754-2265 abgerufen werden. Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung: www.rki.de > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin.

Druck

Brandenburgische Universitätsdruckerei und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH

Nachdruck

mit Quellenangabe gestattet, jedoch nicht zu werblichen Zwecken. Belegexemplar erbeten. Die Weitergabe in elektronischer Form bedarf der Zustimmung der Redaktion.

ISSN 1430-0265 (Druck)

ISSN 1430-1172 (Fax)

PVKZ A-14273